

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938 - N° 294

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
HYDROCÈLES VAGINALES INFECTÉES

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
Mention « MÉDECINE »

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Juillet 1938

PAR

Lejb HAGER

Né à Varsovie (Pologne), le 16 Janvier 1915

Examinateurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président</i>
		DUVERGEY, professeur.....	<i>Juges</i>
		CHARRIER, agrégé.....	
		MASSÉ, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548612_0079

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938 - N° 294

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
HYDROCELES VAGINALES INFECTÉES

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
Mention « MÉDECINE »

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Juillet 1938

PAR

Lejb HAGER

Né à Varsovie (Pologne), le 16 Janvier 1915

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président
		DUVERGEY, professeur... ..	Juges
		CHARRIER, agrégé.....	
		MASSÉ, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC. — ASSESSEUR : M. LABAT
DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT,
CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale	MAURIAC	Physiologie.....	FABRE
Clinique chirurgicale et gynécologique...	DUPÉRIÉ	Clinique ophtalmologique ..	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale	GUYOT	Clinique chirurgicale infan-	ROCHER
Pathologie et thérapeutique générales...	PAPIN	tile et orthopédie ..	
Clinique d'accouchements...	CARLES	Clinique médicale des mala-	CRUCHET
Anatomie pathologique et	ANDÉRODIAS	dies des enfants	MACHEBŒUF
microscopie clinique	DAMADE	Chimie biologique et médicale.....	WANGERMEZ
Anatomie	VILLEMIN	Physique médicale et pharmaceutique ...	
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL	Médecine coloniale et Clini-	BONNIN
Hygiène	LEURET	que des maladies exotiques	
Médecine légale et déontologie.....	LANDE	Clinique des maladies cuta-	PETGES
Electroradiologie et clinique		nées et syphilitiques.....	
d'électricité médicale	RÉCHOU	Clinique des maladies des	DUVERGEY
Chimie	CHELLE	voies urinaires	ABADIE
Botanique et matière médicale ..	GOLSE	Clinique des maladies nerveuses et mentales	PORTMANN
Pharmacie	VITTE	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LABAT
Zoologie et parasitologie ...	MANDOUL	Toxicologie et hygiène appliquée	
Médecine expérimentale ...	AUBERTIN	Hydrologie thérapeutique et	CREYX
		Climatologie	DUBECQ
		Clinique odonto-stomatologique.....	

MM. LACOSTE (Histologie), PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales),
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles), JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie.....	N...	Chirurgie générale	CHARRIER
Physiologie.....	DUFOUR		LOUBAT
			MASSÉ
			DARGET
			N...
	PIECHAUD	Obstétrique	RIVIÈRE
	DELMAS-MARSALET	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
	DE GRAILLY	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Médecine générale	FONTAN	Dermatologie et syphilogra-	
	BROUSTET	phie	JOULIA
	DERVILLEE	Physique médicale	N...
	N...	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	N...

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Anatomie.....	J. BEAUVIEUX	Zoologie et parasitologie ...	R. SIGALAS
Physiologie	PETITEAU	Physique médicale et pharmaceutique.....	AURIAC
Médecine opératoire	JEANNENEY	Médecine légale	DERVILLÉE
Accouchements	RIVIÈRE	Urologie	DARGET
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET	Botanique	GIRARD
Ophtalmologie.....	CABANNES (en congé)	Bactériologie	MOUREAU
Puériculture	FAUGÈRE	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
Pharmacie galénique ...	MESNARD	Chimie minérale.....	CASTAGNOU
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			N...

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Leur amour, leur constante abnégation et leurs sacrifices ont fait de moi ce que je suis.

Qu'ils trouvent ici le témoignage de ma profonde reconnaissance et l'expression de mon amour filial.

A MES FRÈRES ET A MA BELLE-SŒUR

AUX MIENS

A MES AMIS, A MES CAMARADES D'ÉTUDES

A MES MAÎTRES
DES HOPITAUX ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY
PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'UROLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MASSÉ
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Hommage de vive gratitude pour
l'honneur qu'il nous fait de présider
notre thèse après nous en avoir
inspiré le sujet.

AVANT-PROPOS

En quittant les bancs de la Faculté, nous sommes heureux de pouvoir exprimer ici notre sincère reconnaissance à nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux qui nous ont aidé pendant les longues années de nos études et qui nous ont permis d'arriver au but. Nous remercions Monsieur le Professeur Guyot qui a bien voulu nous faire le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, après en avoir fourni le sujet et nous avoir aidé de ses précieux conseils.

Nous ne saurions terminer sans exprimer notre admiration et notre gratitude envers la France qui nous a accueilli avec sympathie et une bienveillante hospitalité dont nous garderons toujours le souvenir.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HYDROCÈLES VAGINALES INFECTÉES

INTRODUCTION

La question des hydrocèles vaginales infectées n'a jamais été traitée à part à cause de la rareté de cette complication, qui survient le plus souvent à la suite des interventions septiques et surtout les ponctions exploratrices. Nous tâcherons donc de mettre au point ce sujet et d'en tirer des conclusions utiles surtout au point de vue thérapeutique.

Nous éliminons les hydrocèles et les suppurations survenant au cours de la tuberculose ou de la syphilis testiculo-épididymaire, ces affections sont symptomatiques d'une atteinte épидидymo-testiculaire qui retentit sur la séreuse vaginale suivant les lois de la pathologie générale.

De même nous ne nous occupons pas d'hydrocèle filarienne dont l'origine est due à l'obstruction des lymphatiques de la région inguinale et périnéo-scrotale par ces parasites.

Nous mentionnerons les hydrocèles exemptes de toute atteinte testiculo-épididymaire, mais développées sur un terrain tuberculeux et syphilitique et qui ont fait la preuve de leur spécificité par les recherches bactériologiques et biologiques, inoculations et traitement. Nous nous attarderons sur la pachyvaginalite qui est une complication assez fréquente de l'hydrocèle et qui présente des caractères d'infection chronique de la séreuse vaginale avec des poussées aiguës.

CHAPITRE PREMIER

L'hydrocèle vaginale se divise en plusieurs types pathogéniques et étiologiques.

Nous distinguons : 1° Les hydrocèles congénitales qui se retrouvent tant bien chez l'homme que chez la femme. Ces hydrocèles communiquent souvent avec la cavité péritonéale et sont dues à la non obturation du canal péritonéo-vaginal (canal de Nüek). Elles coexistent chez l'enfant avec l'ectopie testiculaire et chez la femme avec la hernie inguinale.

2° L'hydrocèle dite essentielle qui survient chez les hommes adultes. Elle se développe très lentement; elle est le plus souvent unilatérale. Le traumatisme brutal ou des contusions chroniques sont incriminées dans la grande majorité des cas comme sa cause prédominante. Quelquefois chez les gens de certain âge elle est due à une épididymite légère, larvée qui est elle-même liée à des troubles d'évacuation de la vessie, troubles qui sont d'origine prostatique bien souvent.

3° Les hydrocèles symptomatiques de la tuberculose et de la syphilis, qui n'atteignent presque jamais le volume des autres hydrocèles.

Cliniquement l'hydrocèle se présente sous l'aspect d'une tumeur des bourses, habituellement unilatérale, ovoïde, piriforme, quelquefois bilobée, à petite extrémité tournée en haut, recouverte d'une peau dont la coloration est intacte et qui est amincie par distention.

A la palpation sa surface est lisse et régulière, sa consistance est variable, tantôt très dépressible et fluctuante

quand le liquide est en faible tension, tantôt rénitente et d'une résistance élastique quand la tension est plus forte. Le testicule paraît perdu dans cette masse, mais au palper à la partie postéro inférieure de la tumeur on provoque une sensation douloureuse spéciale qui est la douleur testiculaire. A la lumière transmise la tumeur est transparente, sauf une petite ombre testiculaire.

La tumeur est formée par la vaginale et par le liquide d'hydrocèle.

La vaginale c'est une séreuse qui présente les mêmes caractères que le péritoine et la plèvre tant au point de vue embryologique, histologique, qu'au point de vue pathologique. La cavité que forment les deux feuillets de la vaginale : le viscéral et le pariétal, normalement virtuelle est remplie par un liquide citrin, dont les caractères cytologiques et cliniques changent avec les variétés des hydrocèles. Dans 50 p. cent de cas on trouve quelques spermatozoïdes qui sont dus suivant la théorie de Barjon et Cade à la rupture des petits kystes de l'épididyme dans la vaginale. Dans tous ces cas on trouve une formule cellulaire variable. Il y a des placards endothéliaux, des lymphocytes, des monocytes et peu de polynucléaires et de globules rouges. Les hématies sont surtout l'apanage de l'hématocèle. Au point de vue chimique des cristaux de cholestérine et surtout de la fibrine. La réaction chloroformique de Lisbonne signe d'une façon très nette la variété du liquide. Dans le cas du transsudat la faible quantité de fibrine ne provoque pas de la coagulation du liquide sous l'influence du chloroforme.

Dans quelques cas rares on trouve des corps libres de la vaginale : fibreux, fibro-cartilagineux ou calcifiés (Cartier).

Dans le cas d'une infection latente la paroi de la vaginale au lieu d'être mince, pâle comme lavée se couvre des fausses membranes et des vaisseaux embryonnaires fragiles; c'est la pachyvaginalite hémorragique. Le transsudat clair incoagulable se transforme en un exudat où se trouvent mêlées des fausses membranes avec des caillots san-

guins. D'ailleurs les lésions d'hématocèle sont dans la plupart la conséquence d'une hydrocèle simple. Elles en sont une complication et presque une terminaison naturelle (Uteau).

Cette inflammation est souvent assez modérée pour passer inaperçue. Tout se borne à une gêne plus prononcée que celle qui a lieu habituellement, et parfois quelques douleurs, sans qu'il y ait pour cela ni fièvre, ni obligation de s'aliter. Mais d'autres fois la vaginalite est franchement aiguë et se manifeste par de la douleur, une augmentation rapide du volume et l'impossibilité de marcher et de se tenir debout (Marimon).

La suppuration franche peut survenir avec tous les symptômes locaux et généraux d'un abcès.

L'infection aiguë vient par la voie endogène sanguine ou de l'extérieur à la suite des ponctions répétées ou d'une infection des bourses. Les germes sont variés; il y a souvent des anaérobies et des phénomènes gangreneux graves avec sphacèle et élimination. Dans ces cas le testicule et l'épididyme qui étaient dans une simple hydrocèle macroscopiquement indemnes s'infectent puis secondairement se sclérosent et se rétractent.

Si on considère la voie sanguine il faut d'abord écarter l'infection épидидymaire primitive par l'intermédiaire des artères spermatiques qui donne souvent des réactions vaginales quelquefois suivies de suppuration; c'est le cas des orché-épididymites staphylococciques ou colibacillaires ou de la tuberculose ou de la syphilis testiculaire. C'est d'ailleurs une loi de pathologie générale que les organes enveloppés d'une séreuse retentissent sur elle par la propagation de proche en proche de leur phlegmasie.

La voie directe nous intéresse spécialement. Elle est difficile à expliquer dans le cas d'une vaginale saine sans aucune tare antérieure; mais sur la vaginale malade qui a subi le plus souvent le processus de vaginalite plastique les germes pyogènes apportés par les vaisseaux qui sont très développés trouvent un terrain propice pour engendrer la

suppuration. C'est le cas d'une suppuration au cours d'une grippe ou de la variole. Les suppurations apportées de l'extérieur à la suite des ponctions exploratrices, des injections modificatrices ou des opérations sanglantes ont diminué considérablement avec les progrès de l'asepsie et d'antisepsie.

Si nous prenons les vieux précis de pathologie chirurgicale ou des observations relatées dans les services des hôpitaux par les grands maîtres de chirurgie, nous sommes étonnés de voir presque à chaque pas, à chaque incision du bistouri, à chaque enfoncement du trocart des suppurations se produire. Le grand souci du chirurgien était de laisser aller la suppuration de « bon aspect » avec pus « louable » et d'éviter la gangrène « putride » avec toutes ses conséquences. Et c'est pour cela que les observations qui se multiplient avant l'époque microbienne diminuent du nombre et de gravité et deviennent presque une rareté avec l'avènement de l'époque de Pasteur et de Lister.

Mais l'asepsie n'est pas tout; la suppuration ou la nécrose même dans les manipulations septiques doit trouver un terrain propice. Et si nous passons en revue les observations recueillies, nous nous rendons compte que ce n'est pas la ponction d'une hydrocèle simple qui produit ces effets désastreux, mais d'une hydrocèle qui a subi une lésion de pachyvaginalite.

Les auteurs anciens disaient que la poche qui a perdu son élasticité ne revenait plus après la ponction et l'air qui pénétrait produisait, au contact des éléments putrescibles, du sang et de la fibrine, les phénomènes putrides graves. L'explication vaut ce qu'elle vaut, mais le fait est net.

L'état général joue aussi son rôle de première importance. Quelques malades étaient tarés; les uns portaient des ulcères, les autres ont eu avant la ponction une maladie grave comme une pneumonie.

Les cas imputables aux injections modificatrices sont dus le plus souvent à une erreur de technique. Les liquides

modificateurs, souvent caustiques, au lieu d'être poussés dans la poche, passent dans la paroi des bourses et la nécrose aseptique se transforme bien souvent en un sphacèle gangréneux. Les cas d'une infection grave à la suite d'une opération sanglante, qui étaient peu fréquents même à l'époque de Gosselin, sont devenus une rareté. Nous avons trouvé un cas à la suite d'opération de Wolkman, mais c'est une opération qui unit les deux méthodes : l'incision et l'attouchement avec un liquide modificateur.

Les infections locales ne se bornent pas à celles qui sont apportées par les mains du chirurgien.

Il y a deux grandes causes qui peuvent produire des suppurations. L'une est due à une infection du voisinage (eczéma des bourses), l'autre à un traumatisme assez fréquent qui est la rupture de l'hydrocèle sous l'influence d'un choc violent.

Presque toujours, l'hydrocèle simple se transforme en une hématocele et une pachyvaginalite et quelquefois la suppuration peut survenir.

Et ici de rapprocher le cas d'infiltration urinaire qui peut produire un phlegmon diffus nécrotique et presque toujours mortel, à l'infiltration des bourses par le liquide d'hydrocèle.

CHAPITRE II

Ayant énuméré les causes des infections et des suppurations, nous passerons en revue les observations que nous avons pu recueillir.

Mais avant de passer aux suppurations qui ne sont qu'un des stades d'une infection et d'une inflammation et qui avortent souvent, nous dirons quelques mots des hydrocèles infectées en général; c'est-à-dire des hydrocèles essentielles sans lésions épидидymaires ni testiculaires dans lesquelles on a trouvé divers agents infectieux.

La tuberculose, affection aux aspects très divers, peut se greffer sur une hydrocèle essentielle; et dans quelques cas, à côté d'un épидидyme et testicule sain, on trouve des bacilles de Koch dans le liquide d'hydrocèle. De même les inoculations au cobaye peuvent être positives. Les observations sont multiples; nous citerons les plus démonstratives.

OBSERVATION I

(PONCET, 1902).

Hydrocèle vaginale et tumeur blanche du genou. Le liquide inoculé tuberculise le cobaye. L'épididyme et le testicule cliniquement sains.

OBSERVATION II

(TUFFIER et André JOUSSET).

Deux malades qui n'ont jamais eu d'antécédents tuberculeux. Au niveau des organes génitaux et urinaires rien d'anor-

mal. Le liquide examiné au microscope montre la présence de nombreux bacilles tuberculeux.

OBSERVATION III
(DELBET et CARTIER).

Une hydrocèle simple chez un jeune homme de dix-huit ans en bonne santé apparente. Elle se développe deux ans sans aucune douleur, sans réaction inflammatoire. Le liquide retiré inoculé au cobaye provoque sa mort en six semaines. A l'autopsie : tuberculose ganglionnaire généralisée. A l'examen cytologique du liquide : très peu de polynucléaires et beaucoup de lymphocytes et monocytes.

Cartier et Godard indiquent que plusieurs opérés, qui rentrent dans le cadre des observations citées, examinés plus de douze ans après l'intervention, n'avaient aucune lésion épидидymo-testiculaire. Leur état de santé paraissait excellent et rien ne pouvait témoigner de leur atteinte tuberculeuse ancienne.

La syphilis est aussi quelquefois en cause. C'est alors une véritable périviscérite syphilitique qu'il faut déceler par la réaction de Bordet-Wasserman dans le sang et le liquide de ponction.

OBSERVATION IV
(DUFOUR et THIERS).

Un malade ancien syphilitique qui présente une hydrocèle guérit par injection iodée, l'autre guérit après évacuation et traitement antisiphilitique.

OBSERVATION V

Chez un malade la réaction du B. W. est positive dans le liquide d'hydrocèle. Le malade ponctionné et traité par l'hectargyre guérit.

On peut trouver dans une hydrocèle des germes banaux. Un cas curieux d'une hydrocèle à contenu chyliforme est relaté par Lop.

OBSERVATION VI

Un jeune homme de vingt et un ans entre à la clinique avec une hydrocèle double très volumineuse. Le B. W. est négatif. A la ponction on trouve un liquide chyliforme, qui cytologiquement présente de rares leucocytes, de rares cellules épithéliales, pas de pus ni de sang.

A l'ensemencement on trouve de nombreuses colonies de cocci et de cocobacilles ne prenant pas le Gram et quelques cocci prenant le Gram.

Le malade opéré présente à la suite un rash rubéoliforme avec température à 40° et larmoiement, pas de signes bronchiques, la muqueuse buccale et l'arrière-gorge saines. En même temps un prurit très intense à la face interne des cuisses et au niveau du scrotum, le malade enlève son pansement et infecte la plaie. Il y a suppuration qui guérit lentement.

Dans ce cas, le liquide d'hydrocèle a produit des phénomènes anaphylactiques rappelant une rupture du kyste hydatique. La suppuration n'est pas due seulement à la pulsanimité du malade, mais aussi aux germes qui se trouvaient antérieurement dans la cavité d'hydrocèle.

En feuilletant diverses observations correspondant à la rupture de l'hydrocèle et à la production de l'hématocèle, nous nous sommes aperçu que :

1° La rupture se produit bien souvent sur une hydrocèle infectée qui a subi un travail de sclérose;

2° Dans une hématocèle ainsi produite, le traumatisme donne un coup de fouet à l'infection latente et provoque une poussée aiguë avec suppuration et gangrène.

OBSERVATION VII
(TOURDINIER et POULAIN).

Un homme de trente-deux ans est porteur depuis trois ans d'une hydrocèle droite assez volumineuse, qui ne l'incommodé pas trop. A la suite d'un départ précipité et inattendu du cheval, il tombe brusquement sur le banc de voiture; ses bourses reçoivent en grande partie le choc, elles augmentent aussitôt de volume et deviennent douloureuses. Ne pouvant plus se livrer à aucun travail, le malade vient à l'hôpital.

A l'examen du côté droit une tumeur volumineuse de la grosseur d'une tête de fœtus, opaque très tendue. Diagnostic : un épanchement sanguin intravaginal et paravaginal. A l'opération il y a du sang; les feuillets viscéral et pariétal très épaissis.

En conclusion, l'hématome n'est pas dû directement au traumatisme, mais à l'infection qui se greffait sur l'hydrocèle et a produit une pachyvaginalite sclérosante avec de nombreux vaisseaux embryonnaires et enchâssement du testicule.

OBSERVATION VIII
(Ch. SORRANT).

Un homme de trente-six ans, porteur depuis six ans d'une hydrocèle; un traumatisme, qui date de six mois, détermine une hémorragie qui provoque une augmentation de volume; on fait une ponction et une suppuration se produit ensuite, qui nécessitera plus tard l'intervention, qui est la castration.

Dans ce cas, il y a adjonction de la ponction, mais elle n'est pas seule en cause.

OBSERVATION IX

(G. GUÉDÉ).

Un homme de soixante ans, bien portant, depuis plusieurs années porteur d'une hydrocèle vaginale gauche. Il subit deux ponctions évacuatrices avec injection du liquide modificateur, mais le liquide d'hydrocèle se reformait. A la suite du traumatisme violent sur les bourses il accuse une vive douleur; la distension des bourses s'accroît et les téguments prennent un aspect noirâtre. La peau est tendue, dure, échymotique. Le pincement de la vaginale impossible. La température oscille entre 37° 8 et 38° 5. A l'opération tissus infiltrés du sang noirâtre, mêlé à des caillots et au liquide d'hydrocèle; vaginale épaissie et rompue sur la face postérieure, et un vaisseau artériel ouvert donne un jet. Deux drains sont placés étant donnée l'infiltration. Pendant quelques jours la température reste oscillante et atteint 38° 5 le soir. Une suppuration abondante s'établit qui peu à peu va s'atténuer sous l'action du « Lactéol-Pansement ».

En conclusion, les causes adjuvantes et prédisposantes sont des ponctions répétées qui, en plus de risques d'infection, diminuent la résistance de la vaginale et provoquent des petites déchirures.

Devant ce cas aigu, l'indication opératoire était formelle, tant à cause de l'hémorragie dont la persistance était manifeste, que par suite des légers signes d'infection dont la propagation est particulièrement dangereuse dans cette région à tissu cellulaire lâche.

OBSERVATION X

(GUILBAUD).

Hydrocèle vaginale depuis vingt ans, rompue spontanément deux fois, puis transformée en une énorme pachyvaginalite. A la suite phlegmon du scrotum et volumineux ganglions ingui-

naux gauches. On fait une intervention très large avec ablation de toute la bourse gauche, du cordon et des ganglions.

Ici le cas est net, la relation de cause à effet est prouvée et il n'y a pas adjonction d'une ponction exploratrice.

OBSERVATION XI

(BOWMAN).

Le sujet porteur d'une hydrocèle, ressentit tout à coup à la suite d'un effort de la douleur et la tumeur devint plus grosse et plus pesante; en même temps apparaissait une infiltration abondante de sang dans le scrotum. Le trocart donna issue à un flot du sang; mais le volume de la tumeur s'accroît de nouveau considérablement en même temps qu'on constatait des signes de suppuration manifeste. La tumeur fut incisée et laissa échapper une grande quantité de sang putréfié. Les parois qui étaient très résistantes s'affaissèrent peu à peu. Le malade mourut cinq jours après de septicémie.

OBSERVATION XII

(CLOQUET).

Un homme de quarante-six ans entre à l'hôpital, parce qu'il porte depuis quinze mois dans la moitié gauche de la bourse une petite tumeur molle fluctuante et qu'il ne pouvait rapporter à aucune cause appréciable. A la suite d'un traumatisme la tumeur augmente de volume. M. Nelaton fait la ponction qui donne issue à du liquide homogène rouge brun. Le soir le scrotum devient chaud, tendu, le pouls s'accélère. Le lendemain la tumeur augmente de volume, les phénomènes généraux s'aggravent. Le troisième jour on incise la tumeur et il sort du liquide sanguin et purulent. La suppuration guérit par drainage et lavage à l'eau tiède.

Allemand a indiqué nettement que le traumatisme est un agent phlegmasique. Et en cas d'irritation violente, il ne détermine plus une simple sécrétion plastique, mais un état

inflammatoire qui transforme la tumeur en abcès. Il s'appuie sur les leçons cliniques de Velpeau, qui a observé plusieurs exemples dans son service.

L'hémorragie qui survient dans l'hydrocèle est quelquefois de nature infectieuse, comme le purpura ou l'épistaxis sont des complications des diverses fièvres éruptives. Et Mauclair rapporte l'observation d'un malade qui eut une fièvre putride grave au cours de laquelle se développa une tumeur que l'on prit pour hydrocèle; à l'incision, on reconnut un liquide sanguinolent et la tunique vaginale était peu altérée.

Dans plusieurs observations que nous avons mentionnées, nous retrouvons souvent l'action de la ponction et des injections modificatrices dans l'étiologie des suppurations de l'hydrocèle.

La ponction exploratrice est quelquefois un élément secondaire adjuvant; c'est le cas de la rupture traumatique de l'hydrocèle avec hématome. Nous le retrouvons dans les observations VIII, IX, XI, XII.

Dans d'autres cas, la ponction à elle seule provoque des accidents graves qui se terminent souvent par une septicémie et la mort du malade.

OBSERVATION XIII

(CLOQUET).

Un homme de cinquante-cinq ans porte une ulcération thoracique consécutive à une plaie contuse datant de trois ans. En même temps il est atteint d'une tumeur des bourses qu'elle porte depuis douze ans, et qu'elle attribue à un simple effort. L'ulcère ne présentant pas de gros danger M. Gosselin pratique une ponction. Deux jours après il y a apparition des signes généraux et d'infection du côté de la tumeur. La tumeur gonfle de nouveau et on sent un gargouillement qui indique la présence de gaz. On fait alors une nouvelle ponction qui donne issue à un liquide purulent et sanguinolent à la fois. On fait alors la décortication et le malade guérit.

OBSERVATION XIV

(LACAUSSE).

En 1868, un malade entre à l'hôpital Saint-André, à Bordeaux, dans le service de M. Lacaussade pour une pneumonie dont il guérit parfaitement.

Durant sa convalescence, il attire l'attention du Chef de service sur une tumeur des bourses.

M. Lacaussade pense qu'il s'agit d'hydrocèle et pour s'en assurer, plonge une épingle dans la tumeur; de la sérosité sanguinolente s'en échappa.

A la suite de cette ponction des accidents inflammatoires se manifestent, et le malade succombe au bout de dix jours, après une fièvre très intense. A l'autopsie on trouve l'hydrocèle en pleine suppuration.

OBSERVATION XV

M. G. D., commissaire de la Marine, entre à l'hôpital militaire de Bordeaux pour une tumeur de scrotum.

Antécédents : rien à signaler. On fait une ponction. Huit jours après le malade fut pris d'un violent frisson et de fièvre; pouls 104, température 39°2; la peau tendue, luisante, et la piqûre laisse écouler presque continuellement un liquide sanguinolent, mélangé de gaz et dégageant une odeur fétide. Le pourtour de la plaie d'abord rougeâtre devient noirâtre. A la suite il y a apparition d'un sphacèle et en quelques jours presque tout le scrotum est envahi. Le malade guérit par castration.

OBSERVATION XVI

M. D., rentier, cinquante-cinq ans, porte une tumeur des bourses depuis vingt-deux ans. Celle-ci augmente régulièrement et reste toujours indolore. M. Denucé, pour préciser le diagnostic, propose une ponction exploratrice. Le quatrième

jour, après la ponction, le malade éprouve une légère cuisson, la peau du scrotum devient plus rouge et chaude.

Le lendemain apparition des frissons et sueurs. Deux jours après, la tumeur laisse écouler une certaine quantité de liquide séreux et à la pression dégagement des gaz fétides.

M. Dénucé étant absent, M. Lande est appelé. Etant donné que l'état général du malade empire de plus en plus l'opération est décidée. A l'incision il y a l'écoulement de deux litres d'une bouillie sanieuse d'une odeur forte et repoussante. Guérison après des suppurations.

Les observations mentionnées témoignent surtout d'un manque d'asepsie et d'antisepsie, qui serait maintenant une faute lourde et impardonnable.

Les injections modificatrices ont pris un essor considérable depuis quelque temps et surtout avec les nouvelles méthodes, comme celle qui utilise le chlorhydrolactate double de quinine et d'urée.

Les articles de Blavier, qui est l'auteur de cette méthode, et ses statistiques appuyées sur un nombre considérable de cas, montrent qu'il n'y a aucun danger dans la pratique de sa méthode, et jusqu'à maintenant il n'y avait aucun cas de suppuration. La seule réserve serait à faire pour l'hydrocèle tuberculeuse ou syphilitique. Mais les vieilles méthodes qui utilisent les injections iodées donnent quelquefois des déboires.

OBSERVATION XVII

(MAUCLAIRE).

Un malade portant une hydrocèle, qui, à la suite d'une injection modificatrice avec de la teinture d'iode, présente un vaste sphacèle des enveloppes scrotales suivi de gangrène.

La nécrose est due à l'injection du liquide modificateur dans le tissu cellulaire du scrotum.

Plusieurs chirurgiens préfèrent la méthode sanglante qui fait qu'on voit les lésions et dans le cas de tuberculose on

peut faire alors une épидidymectomie, et si on trouve au lieu d'hydrocèle une pachyvaginalite scléreuse on peut faire une décortication qui peut sauver le testicule de l'atrophie. Avec les progrès de technique et surtout de l'asepsie les opérations sur le testicule sont devenues exemptes de tout danger, mais il arrive quelquefois qu'une suppuration se produit, surtout quand on opère une hydrocèle vieillie et infectée.

OBSERVATION XVIII

(CLOQUET).

Un homme âgé de vingt-deux ans, présente à droite une tumeur pyriforme, lisse, régulière. Elle se développe depuis dix-huit mois sans cause connue. On pratique une incision, on trouve un sac à parois cartilagineuses.

Le troisième jour apparition d'un frisson, le cordon est douloureux, tendu, une rougeur circonscrite occupe la partie supérieure du scrotum.

Le lendemain la rougeur se propage à l'abdomen, les ganglions inguinaux sont engorgés et douloureux.

Les jours suivants le pus devient fétide et le malade meurt.

OBSERVATION XIX

(Hans DÖRFLER).

Un homme de cinquante-huit ans, hydrocèle gauche. Pas d'antécédents suspects.

Le malade subit l'opération de Winkelman qui se passe très bien; mais étant donné le danger d'infection, on met un drain. Le soir même, il y a un suintement de sang par le drain et apparition de la fièvre; le scrotum se gonfle, il devient très sensible et le malade ressent de fortes douleurs dans la région périnéo-scrotale. A la suite, l'état général s'aggrave; localement, le scrotum s'œdématie et des plaques de gangrène apparaissent.

On fait alors une castration suivie de guérison.

Ces deux cas, par comparaison avec la quantité d'opérations pratiquées dans tous les hôpitaux, sont des raretés presque insignifiantes.

Nous avons exposé des cas de suppurations qui ont suivi ou un traumatisme sur la bourse, une ponction exploratrice, une injection modificatrice ou une opération sanglante. Maintenant nous tâcherons de démontrer des cas d'une suppuration spontanée de l'hydrocèle à la suite d'une infection générale ou d'une affection de voisinage.

Ces cas sont très rares. La seule observation probante est celle de M. le Professeur Guyot, sur laquelle il a fait une leçon clinique et laquelle a inspiré le sujet de notre thèse.

OBSERVATION XX (M. le Professeur GUYOT).

Un homme âgé de soixante-trois ans, cultivateur. Pas d'antécédents suspects. Il y a dix ans, sa bourse augmente de volume. Au mois de décembre 1937, il fait une grippe sévère avec des phénomènes pulmonaires et, à la suite de cette infection générale, il présente des accidents inflammatoires du côté de sa bourse. Etant données la fluctuation, la chaleur et la rougeur au niveau de la bourse, le médecin fait une ponction et retire du pus.

Après quelques jours, le pus se reproduit. A l'examen : le testicule droit est normal; à gauche, une masse irrégulière nettement fluctuante; à la partie supérieure, un placard inflammatoire avec envahissement de la peau qui, sous l'influence du traitement, est en voie de rétrocession. La transparence n'existe pas.

En résumé c'est une hydrocèle avec pachyvaginalite, qui, à l'occasion de la grippe, se met à suppurer et donne un placard de funiculite. Le traitement conseillé est une large ouverture avec drainage.

OBSERVATION XXI

(MAUCLAIRE).

Un homme, à la suite d'un traumatisme, avait noté une augmentation de volume du testicule. Dix ans plus tard, il fut atteint de la variole; celle-ci provoqua une augmentation considérable du volume du même testicule. Pendant deux ans, le malade ne consulta pas, mais des accidents inflammatoires survinrent sans cause appréciable; il y eut du gonflement et de la rougeur, de la fièvre et du frisson.

A l'incision, on reconnut l'existence d'une hématocele.

OBSERVATION XXII

(BOSQUETTE).

Un malade se présente avec un scrotum œdémateux et enflammé, avec au fond un vaste trou béant d'où sortaient des débris sphacelés et une sanie à odeur fétide. Il porte depuis longtemps une hydrocele volumineuse et depuis un an souffre d'une poussée d'eczéma des bourses. Par emploi du cadum, il obtient une ulcération saignante et douloureuse. Brusquement, la nuit, il s'aperçoit d'un écoulement d'une sérosité claire. Puis survient l'infection avec l'élimination du sphacèle.

L'ablation des portions mortifiées fait cicatriser les lésions.

Les deux premières observations se rapportent à une infection générale qui a provoqué des poussées aiguës par apport des germes au niveau d'une affection chronique qui est l'hydrocele. La troisième est due à la propagation d'une infection locale à travers le tissu cellulaire et les voies lymphatiques de la bourse. Dans ce cadre nous pouvons encore mentionner les observations XIII et XIV. Dans la XIII^e il s'agit d'un sujet à ulcère et cachectique, dans la XIV^e d'un pneumonique. Dans les deux cas leurs maladies respectives ont contribué à l'établissement de la suppuration à la suite d'une ponction.

CONCLUSIONS

1. — Les suppurations des hydrocèles vaginales sont rares par comparaison avec la fréquence de cette affection.

2. — Les causes efficientes qui provoquent la suppuration sont les suivantes :

a) La rupture traumatique de l'hydrocèle avec un épanchement hémorragique.

b) La ponction exploratrice pratiquée sans précautions d'asepsie.

c) Les injections modificatrices qui laissent passer du liquide caustique dans le tissu cellulaire du scrotum.

d) Les opérations sanglantes.

e) Les infections générales à germes pyogènes.

f) Les infections locales des bourses.

3. — Les causes adjuvantes de la suppuration.

a) Début d'une pachyvaginalite hémorragique.

b) Le mauvais état général du sujet porteur de l'hydrocèle.

4. — Le diagnostic d'une suppuration se fait par des phénomènes généraux, frisson, fièvre et locaux : fluctuation, chaleur, rougeur et engorgement ganglionnaire.

5. — L'évolution se fait ou vers la guérison si la suppuration est franche, ou vers la mort par gangrène ou septicémie.

6. — Le traitement.

a) La prophylaxie qui joue un rôle considérable : l'asepsie, l'antisepsie; technique rigoureuse d'une injection modificatrice ou d'une intervention opératoire.

b) Le traitement curateur; large incision et drainage en cas de suppuration franche; castration en cas de gangrène du scrotum et du testicule.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
PIERRE MAURIAC

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
J GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 18 Juillet 1938.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEMAND. — De l'hématocèle vaginale spontanée. *Thèse*, Montpellier, 1872.
- BLAVIER (L.). — Traitement de l'hydrocèle par les injections de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée. *Presse médicale*, n° 35, 2 mai 1934.
- BOSQUETTE. — Rupture spontanée d'une hydrocèle par ulcération scrotale. *Dauphiné médical*, Grenoble, 1911, p. 127.
- CARTIER et GODARD. — De la nature tuberculeuse de certaines hydrocèles dites essentielles. *Revue de Chirurgie*, 1925, p. 617.
- CLOQUET (E.). — Hématocèle vaginale. *Thèse*, Paris, 1846.
- DONNAY. — De l'hématocèle de la tunique vaginale et de ses complications à la suite des ponctions exploratrices. *Thèse*, Paris, 1877.
- DÖRFLER. — Ein tad von hodengangrein im aschlusse am die operation der hydrokele nach Winkelman. *Zentralbl. für Chir.*, n° 55, pp. 853-854, 7 avril 1928.
- DUFOUR et THIERS. — Etiologie syphilitique des hydrocèles dites essentielles. *Société méd. des Hôp. de Paris*, 23 janvier 1914.
- GUILBAUD. — Deux cas d'hématocèle vaginale. *Gazette méd. de Nantes*, 1906.
- GUÉDÉ. — Sur un cas d'hydrocèle hématique. *Le Bulletin médical*, n° 52, 24 décembre 1932.
- MARIMON. — Recherche sur l'anatomie pathologique des grosses hydrocèles. *Thèse*, Paris, 1874.
- MAUCLAIRE. — *Tribune médicale*, 1895.
- SORRANT. — Un cas de pachyvaginalite suppurée. *Journal de Sciences méd. de Lille*, n° 51, 11 avril 1937.
- TOURDINIER et POULAIN. — Hydrocèle et hématocèle. *Journ. de Sc. méd. de Lille*, pp. 224-229, 1910.

Bordeaux. — Imprimerie E. DROUILLARD, place de la Victoire, 3.
